

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

THÈSE

N°

172

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henriette BREDREL

Externe des Hôpitaux.

CONTRIBUTIONS CLINIQUES

A L'ÉTUDE DES

PSYCHOPATHIES

POST-COMMOTIONNELLES

Président : M. VAQUEZ, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9 ET 40, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

THÈSE

N°

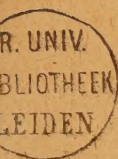
POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henriette BREDREL

Externe des Hôpitaux.



CONTRIBUTIONS CLINIQUES

A L'ÉTUDE DES

PSYCHOPATHIES

POST-COMMOTIONNELLES

Président : M. VAQUEZ, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS MM.

Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO.
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BESANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	N.
Pathologie médicale.	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophthalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements.	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	BROCA
Clinique thérapeutique.	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie.	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBÉ (HENRI)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBoullet	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VAQUEZ

A M. LE DOCTEUR P. JUQUELIER
Médecin en chef des Asiles d'Aliénés.

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT

MM. A. SCHWARTZ et G. LABBÉ,
SIREDEY et AVIRAGNET,
Ed. HIRTZ,
W. OETTINGER,
PAGNIEZ.

MM. les Docteurs: FAISANS, ARROU, WALTER, RENON,
Paul BAR.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

On a abusé au début de la guerre du diagnostic de commotion cérébrale, et l'on a trop aisément qualifié de « commotionnés », les militaires ayant présenté des troubles nerveux ou psychiques à la suite de l'explosion proche d'un obus qui n'avait cependant pas déterminé chez eux de blessure extérieure.

Une critique un peu sévère de la plupart des observations a démontré que dans bien des cas, le traumatisme nerveux grave n'existait pas; et que les sujets atteints d'état démentiel dépressif confusionnel ou délirant, après avoir assisté à un bombardement de quelque importance, n'étaient souvent que des prédisposés dont l'équilibre mental très instable, avait été facilement rompu sous l'influence de chocs émotionnels, bien supportés par leurs camarades.

Aussi, après avoir abusé de la commotion, a-t-on généralement incliné à en nier l'existence, et il a fallu, de 1915 à 1917, une série de travaux cliniques plus précis, pour qu'on soit arrivé à s'entendre sur la réalité de l'ébranlement nerveux général déterminé par la

déflagration à très courte distance de gros projectiles contenant de fortes charges d'explosifs, sans blessure apparente.

Notre intention n'est pas de reprendre l'étude de la commotion au point de vue de l'étiologie du mécanisme ou des accidents cliniques succédant immédiatement au choc commotionnel. Ce choc se réduit-il à une émotion intense, ou les troubles qu'il entraîne s'expliquent-ils par des modifications organiques du système nerveux central? Les deux opinions ont été soutenues, et d'ailleurs ne paraissent pas exclusives; mais ce n'est pas là ce qui fera l'objet de notre travail.

Nous n'insisterons pas non plus sur les troubles psychopathiques tardifs qui semblent constituer les séquelles appartenant en propre à la commotion ou plus exactement à l'ébranlement nerveux intense. Bien des auteurs, à la suite des travaux de Mairet et Piéron, ont décrit le syndrome post-commotionnel, qu'ils ont ou non distingué du syndrome post-émotionnel, et ont démontré, avec observations à l'appui, que la commotion est un accident grave dont le pronostic doit être longtemps réservé et qui peut être la cause, toutes autres complications psychiques étant réservées, d'amoindrissement intellectuel notable et prolongé. C'est à un autre point de vue que nous désirons envisager la commotion.

Les psychiatres qui ont étudié les conséquences de cet accident, en ce qui intéresse leur spécialité, ont généralement admis que le commotionné passe par les 3 étapes suivantes :

1° Une phase de sidération initiale, d'inconscience absolue, dont la durée est généralement courte et peut être réduite à quelques heures.

2° Une phase de confusion mentale, plus longue, de quelques semaines ou quelques mois; confusion mentale pure ou compliquée de délire hallucinatoire et d'agitation motrice évoluant le plus souvent vers la guérison.

3° Une phase d'inhibition intellectuelle caractérisée par la brièveté de l'attention, la dysmnésie, l'inaptitude au travail, la lenteur des processus psychiques, l'irritabilité.

Cet état constitue le syndrome post-commotionnel proprement dit; il est plus ou moins accusé suivant les cas et dure d'ordinaire très longtemps : il doit être considéré comme la séquelle en quelque sorte normale et obligatoire de toute commotion vraie.

Nous ne sommes pas encore assez éloignés des événements de guerre, pour qu'il soit possible d'établir le pronostic à longue échéance de ce syndrome post-commotionnel.

Toutefois, il arrive qu'on assiste à une évolution différente : le commotionné a bien présenté les deux phases initiales d'inconscience et de confusion; mais au moment où la confusion paraît rétrocéder, on n'observe pas l'installation du syndrome d'inhibition intellectuelle simple qu'on s'attendait à voir apparaître; la confusion mentale, état psychopathique aigu et transitoire, ne s'amende que pour laisser la place à une autre psychose d'allure chronique, démence ou délire, qui

évolue alors pour son propre compte et que son allure clinique ne permet pas de rattacher à priori au choc commotionnel.

Les psychopathies chroniques les plus diverses ont été observées dans de telles circonstances : paralysie générale, démence précoce, délire mélancolique ou de persécution, épilepsie avec troubles mentaux prédominants, états psycho-névrosiques, accentuation d'une déséquilibration mentale à manifestations intermittentes ou rémittentes.

Il semble qu'ici, le choc commotionnel n'a été que l'élément étiologique, occasionnel mais puissant, qui a permis à un prédisposé de verser dans l'aliénation mentale.

Comme nous avons eu l'occasion de recueillir quelques observations où la commotion a joué ce rôle, ce sont ces observations que nous rapportons dans les pages suivantes.

A titre de comparaison, nous avons fait précéder les cas de commotion compliquée de psychopathies diverses, d'une observation de syndrome post-commotionnel pur, intense et prolongé, que nous avons suivie en même temps que celles de nos autres malades.

CHAPITRE II

OBSERVATION DE COMMOTION CÉRÉBRALE PURE AVEC ÉVOLUTION DU SYNDROME POST-COMMOTIONNEL

Observation I.

E. — 34 ans, soldat du génie. Marié, un enfant. Boucher.

A. H. — Toutes les recherches à cet égard ont été négatives.

A. P. — Rien de spécial; bon travailleur; pas d'accidents névropathiques ou psychopathiques connus; pas de syphilis.

Mobilisé en Août 1914, fait toute la campagne.

DÉBUT DE L'AFFECTION. — A été commotionné en Février 1916 par l'explosion d'un obus, qui en même temps, l'enterre dans son abri.

Perd connaissance. Il revient à lui quelques minutes, pendant lesquelles il n'a gardé que le souvenir de la lumière et des pieds de ses camarades d'en face, puis il retombe dans l'inconscience complète.

ÉTAT EN MARS 1916 (d'après les renseignements fournis par l'hôpital de B).

Dépression mentale profonde. Malade, à l'air morne, souffreteux.

Ne répond que lentement et après beaucoup d'effort aux questions qu'on lui pose et d'une voix dolente,

Peut dire la date de sa naissance, son nom, le lieu où il est, le mois, en insistant beaucoup.

Se plaint de céphalées et de cauchemars. Pupilles dilatées, réflexes diminués.

ÉTAT EN JUILLET 1916. — Le malade sort de sa torpeur, mais il est encore apathique, anxieux, avec une mémoire très déficiente; il ne se rappelle aucun fait précédant sa commotion; de sa commotion elle-même, il ne peut rien dire.

EN AOUT 1916. — Commence à s'intéresser un peu aux choses qui l'entourent. Il aide aux corvées.

NOVEMBRE 1916. — Quitte l'hôpital pour aller en convalescence.

Nous le retrouvons en Avril 1918 à l'hôpital de M. B. sans qu'aucun accident nouveau se soit produit; mais parce qu'il est toujours demeuré inapte à toute occupation suivie.

Physionomie un peu terne avec des traits tirés et amaigris; mais avec une mimique encore très expressive.

ASTHÉNIE. — Le malade qui a repris sa profession de boucher se plaint de ne plus pouvoir fournir un effort musculaire comme auparavant; il est vite fatigué et ces fatigues s'accompagnent de sueurs abondantes et de quelques tremblements. Se rend compte qu'il accomplit son travail automatiquement, par habitude, il peut encore cependant le bien faire et c'est au fond, ce qui l'intéresse le plus.

Mémoire très atteinte.

Ce n'est qu'avec peine que le malade se rappelle les faits postérieurs à sa commotion; il ne se rappelle plus les personnes qu'il a connues, et si en les voyant, il les reconnaît encore, il ne peut jamais dire leur nom.

« La guerre, dit-il, je ne sais plus ce que c'est; et si je devais retourner au front, tout serait nouveau pour moi ».

La mémoire de fixation est aussi atteinte: il lui faut inscrire les choses qu'il doit faire, s'il veut se les rappeler.

TROUBLES DE LA PAROLE. — Il achoppe, il cherche ses mots, léger tremblement de la langue.

HYPERÉMOTIVITÉ. — Le moindre bruit violent fait tressaillir le malade; il est alors pris de tremblement et souvent de diarrhée et de vomissements.

L'affectivité paraît respectée. Il est encore très attaché à sa femme et à son fils, mais en dehors de ces deux êtres tout l'indiffère.

Il est devenu irritable, impulsif surtout lorsqu'il est fatigué : il a une fois gifflé sa femme. Il se rend d'ailleurs compte de cet état ; et de lui-même, se met alors au lit.

Pupilles dilatées ; réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Réflexes tendineux et cutanés normaux ; sensibilité normale dans tous ces modes.

Si nous avons tenu à rapporter cette observation avant celles qui constituent plus spécialement le sujet de notre travail, c'est qu'elle nous a paru propre à faire ressortir, par comparaison, les points sur lesquels nous insisterons ultérieurement. On ne trouve pas dans les antécédents héréditaires ou personnels de E. d'éléments de prédisposition psychopathique.

La commotion a été suivie de la phase initiale de sidération nécessaire ; puis d'une période de confusion au cours de laquelle le délire a fait totalement défaut.

Ce qui, pour Mallet, serait la caractéristique de la commotion pure (1).

Enfin, les accidents tardifs se résument en un syndrome commotionnel également dégagé de tout appoint psychosique surajouté.

Il est d'autre part intéressant de noter combien

(1) La confusion mentale post-commotionnelle (*Société médico-psychologique*, séance du 27 Octobre 1919).

celui-ci se prolonge, puisque deux ans et demi après le traumatisme, le malade présente encore des troubles graves, qui limitent dans une notable mesure son activité générale.

Aussi, ne serons-nous pas surpris de voir s'installer une affection mentale définitive chez des commotionnés qui, contrairement à E... avaient, de par leurs antécédents héréditaires ou personnels, quelque raison d'être prédisposés à de telles affections.

CHAPITRE III

COMMOTION SUIVIE DE PARALYSIE GÉNÉRALE

Observation II

SYNDROME TABÉTO-PARALYTIQUE APPARU POSTÉRIEUREMENT A UNE COMMOTION CÉRÉBRALE.

G..., soldat d'un régiment de ligne, célibataire, 37 ans, employé de commerce.

A. H. — Père mort paraplégique.

A. P. — Caractère emporté, intelligent mais impressionnable; fièvre typhoïde dans l'enfance; syphilis contractée au Chili où il réside depuis de longues années.

Revenu en France à l'occasion de la guerre. Aucun symptôme de tabes ou d'excitation intellectuelle avant l'incorporation.

DÉBUT DE L'AFFECTION. — Le 25 Mars 1915, est commotionné à Notre-Dame de Lorette par une explosion d'obus.

Perte complète de connaissance, évacuation immédiate le 2 Juin 1915, dans un hôpital de Pau.

Confusion mentale : malade complètement désorienté, ne se rappelle ni son adresse, ni son régiment. C'est en insistant beaucoup, qu'on arrive à lui faire dire son nom, sa date de naissance. Il est morne, abattu.

Strabisme, inégalité pupillaire, diplopie.

4 Août 1915, à l'hôpital de B.

Il n'est plus question de confusion mentale, mais on constate les symptômes suivants : Diminution des réflexes rotuliens et achilléens ; léger signe de Romberg ; strabisme, diplopie, inégalité pupillaire.

On fait le diagnostic de tabès au début.

Série d'injections de benzoate de mercure suivie d'une amélioration notable.

En Décembre 1915, est renvoyé au front, quoique ne paraissant pas très bien guéri : il avait encore quelques troubles du caractère ; légère excitation par intervalle, bizarrerie.

En 1916, il est pris subitement, sans nouveau choc commotionnel de vive excitation avec idées ambitieuses et de persécution qui nécessitent son évacuation d'urgence sur le Val-de-Grâce, d'où il est dirigé sur Ville-Evrard.

Depuis son entrée jusqu'au mois de Novembre 1917, il passe par des alternatives d'excitation et de dépression s'accompagnant de signes physiques qui font porter le diagnostic de paralysie générale probable.

On note sur l'observation du 11 Juin 1917 : Excitation psychique d'aspect maniaque, fuite des idées, mobilité de l'attention, logorrhée, pupilles légèrement inégales, très paresseuses, légère dysarthrie, abolition des réflexes rotuliens.

Il existe en outre quelques idées ambitieuses : le malade se croit très riche, veut fonder des hôpitaux.

NOVEMBRE 1917. — Période de dépression mélancolique. Inactivité, tendance à l'isolement, mutisme presque complet. Crainte de ne pas guérir. Indifférence. Il n'écrit plus à sa famille.

Le séro-diagnostic de la syphilis est positif. On fait alors deux séries d'injections de benzoate de Hg.

25 OCTOBRE 1918. — Nouvelle période d'agitation ; même symptomatologie qu'en Juin.

7 NOVEMBRE 1918. — Le malade contracte la grippe avec broncho-pneumonie droite; il se rétablit complètement, et dès sa convalescence, il est de nouveau agité.

En résumé, à la suite d'un choc commotionnel, et après une période confusionnelle, sont apparus d'abord des signes de tabès, puis des signes de paralysie générale.

La rapidité avec laquelle les premiers signes de tabès ont fait leur apparition chez G... à la suite de la commotion par éclatement d'obus, rend vraisemblable l'hypothèse que cette affection a pu précéder l'arrivée du malade sur le front français mais elle ne s'est alors, manifestée que par des symptômes bien discrets; et il reste à expliquer l'évolution ultérieure de la paralysie générale.

Entre la commotion et l'apparition d'accidents psychopathiques imputables à la méningo-encéphalite, un an environ s'est écoulé; et une période de rémission à peu près complète a succédé aux phénomènes confusionnels initiaux directement en rapport avec le traumatisme nerveux.

Dans ces conditions, il est légitime d'établir une relation de cause à effet entre la commotion et la démence paralytique. Ce n'est pas méconnaître l'importance étiologique de la syphilis dont G... a été indiscutablement atteint; mais on peut admettre que le retentissement de l'infection spécifique sur les centres nerveux eût été plus discret ou moins précoce si un gros ébranlement n'était intervenu.

A propos du diagnostic précoce de la paralysie générale post-commotionnelle, il est un point sur lequel il y a lieu d'attirer l'attention : c'est qu'il ne faut pas compter sur l'examen des pupilles pour confirmer ce diagnostic. Déjà constatable chez les mélancoliques (1), la paresse du réflexe lumineux est très fréquente chez les commotionnés simples, au moment où s'installe, après la confusion, le syndrome post-commotionnel proprement dit.

Dans les cas douteux, le séro-diagnostic positif et la lymphocytose céphalo-rachidienne emportent seuls la conviction.

L'intérêt des cas de ce genre a été signalé par Pactet (2) et par Paris (3) à l'époque où l'on réformait sans pension tous les paralytiques généraux, sous prétexte que la cause nécessaire et suffisante de la paralysie générale était la syphilis.

On est, fort heureusement, revenu de cette conception intransigeante ; et dans les cas où une commotion vraie a précédé de quelques mois au moins l'apparition des premiers symptômes de paralysie générale ; le droit à la pension n'est plus discuté.

(1) MIGNOT. — Études des troubles pupillaires chez les aliénés (*Th. Paris*, 1900).

(2) PACTET. — La réforme des paralytiques généraux. *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, Décembre 1917.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Discussion au sujet du rapport de M. Pactet.

(3) PARIS. — *Société de Médecine de Nancy*, 28 Mars 1917.

CHAPITRE IV

COMMOTION ET ÉTATS DÉLIRANTS CHRONIQUES

Observation III

DÉSÉQUILIBRATION MENTALE AVEC DÉLIRE AMBITIEUX ET DE
PERSÉCUTION, S'ÉTANT MANIFESTÉE A LA SUITE D'UNE COM-
MOTION CÉRÉBRALE PAR ÉCLATEMENT PROCHE D'UNE MINE.

Elie B..., 36 ans, célibataire, soldat au 82^e R. I. ; entre le
à l'hôpital de M. B. ; son internement dans le service des
psychoses du G. M. P. a été nécessité par une série de réac-
tions violentes dues à des troubles mentaux ; alors qu'il était
à Paris, chez lui, en position de réforme numéro 1 depuis le
mois de Mars 1917.

Les antécédents héréditaires, au dire du malade, seraient
négatifs ; mais Elie B... est un israélite né en Russie ; et cette
origine permet de soupçonner une prédisposition psychopa-
thique.

Bien portant dans son enfance et dans sa jeunesse, il s'est
engagé volontairement au début de la guerre ; il a été légè-
rement blessé en Septembre 1915 par un éclat de grenade.

De retour au front, il est commotionné sans blessure exté-
rieure en Janvier 1916, par l'éclatement d'une mine. Perte
complète de connaissance. Evacuation immédiate sur l'hô-
pital de V... où il est encore au mois d'Avril, en pleine con-

fusion mentale avec délire hallucinatoire et très grande faiblesse physique.

Il s'améliore ensuite suffisamment pour être envoyé en convalescence; mais à l'expiration de son congé, il est encore déprimé, hyperémotif, inapte à tout service et doit être de nouveau hospitalisé.

En Mars 1917, il est réformé numéro 1 par le Centre de Lyon.

Il revient chez lui à Paris; mais bientôt des troubles mentaux différents de ceux qu'il présentait tout d'abord éclatent et justifient son placement au Val-de-Grâce, d'où il est dirigé sur le service des psychopathes de l'hôpital de M. B.

C'est là que nous l'examinons en Mars 1918.

B..., est habituellement déprimé, sombre, méfiant, peu disposé à répondre aux interrogations. Il s'isole, mange irrégulièrement parce que, dit-il, les aliments qu'on lui présente sont empoisonnés. Son attitude et sa tenue sont celles d'un délirant plutôt que celles d'un affaibli de l'intelligence; et petit à petit, on arrive à lui faire confesser son délire.

Depuis quelque temps, on s'acharne après lui; on cherche à l'exclure de l'armée; on ne lui a pas donné la médaille militaire à laquelle il avait droit. Il sait bien que les gens qui l'entourent s'entretiennent de lui et se concertent pour lui nuire. On le travaille pendant son sommeil; on le pousse à se lever, ou à marcher. On l'électrise, on l'hypnotise. Il entend des gens qui complotent de l'empêcher d'exister.

Pourtant, il pourrait rendre bien des services; il devrait être lieutenant: il serait capable d'organiser une offensive, de commander.

Il réagit diversement à ce double délire ambitieux et de persécution; crises de larmes; excitation soudaine et violente contre des persécuteurs; ce sont ces poussées d'excitation qui ont obligé à l'hospitaliser.

Mémoire conservée, vite épuisée, ainsi qu'il résulte de l'exécution de différents textes.

En résumé un an environ après une commotion cérébrale immédiatement suivie de perte de connaissance et de confusion, apparition d'un délire ambitieux et de persécution avec interprétations fausses et troubles sensoriels.

Chronicité probable.

Observation IV.

DÉLIRE DE PERSÉCUTION AVEC RÉACTIONS MELANCOLIQUES
APPARU A LA SUITE D'UNE COMMOTION GRAVE CHEZ UN
FONCTIONNAIRE COLONIAL, PALUDÉEN DE LONGUE DATE;
MORT DUE A LA GRIPPE EVOLUANT SUR UN ORGANISME
EXTRÊMEMENT AFFAIBLI PAR LE REFUS PERSISTANT D'ALI-
MENTS.

Jean K..., 43 ans, fonctionnaire colonial, entre le 10 Janvier 1917 à l'hôpital de M.-B. avec le diagnostic de début probable de paralysie générale consécutive à une commotion.

Il n'y aurait rien de spécial dans les antécédents héréditaires; mais K... a fait toute sa carrière aux colonies et a présenté de nombreuses manifestations de paludisme. Il a eu dans sa jeunesse, un chancre génital de nature indéterminée; mais le séro-diagnostic de la syphilis plusieurs fois pratiqué à l'Institut Pasteur a toujours été négatif; d'autre part, la cousine du malade nous a affirmé que dès son enfance, et toujours dans la suite, K... a présenté un léger bredouillement. Ce détail est important et contribue à expliquer que le diagnostic ait été longtemps en suspens au sujet du malade.

Caractère doux mais triste; rentré en France et mobilisé au début de la guerre, a tenu à servir malgré son âge dans un

régiment d'infanterie coloniale, où il a été nommé caporal.

Pas d'excès alcooliques aux colonies. Avoue cependant avoir eu, avant la guerre (peut-être sous l'influence du paludisme), quelques très courts accès délirants avec hallucinations auditives.

Au mois d'octobre 1916, est commotionné au cours d'une attaque par l'éclatement proche d'un gros obus.

En même temps, petite blessure de la face interne du bras gauche (partie inférieure), ultérieurement suivie de paralysie cubitale; mais qui ne saurait expliquer le développement des troubles nerveux consécutifs.

K... perd en effet complètement connaissance, et reste 24 heures sur le champ de bataille sans être secouru. Au bout de ce temps, il est transporté à l'ambulance de H... et est alors en pleine confusion mentale avec délire hallucinatoire.

Cet état persiste au moment de l'entrée à l'hôpital de M... (25 Oct. 1916) et fait place à un état de stupeur avec mutisme et suggestibilité. Amélioration lentement progressive.

Toutefois, cette amélioration est incomplète, et le 10 Janvier 1917 K... est à l'hôpital de M. B. où l'on rédige à son sujet le certificat suivant: « Affaiblissement intellectuel avec optimisme, légère inégalité pupillaire, Argyll, hésitation de la parole, exagération des réflexes rotuliens, hallucinations tantôt agréables, tantôt désagréables qu'il explique en disant qu'un microphone doit correspondre avec son oreille. »

Le 2 Juillet 1917, K... est à la Maison de Santé de N ... Son humeur est habituellement gaie; sa tenue militaire, qu'il tient à conserver est toujours correcte. Il raconte son histoire avec précision et exactitude. Il ne se rappelle rien de sa commotion, mais a fixé et répète les détails que ses camarades lui ont fournis. Il donne aussi des renseignements précis et exacts sur son passé colonial.

Attention bonne, travail intellectuel lent: il a des difficultés à résoudre un très simple problème d'algèbre, que ses

habitudes professionnelles et son degré d'instruction lui eussent auparavant rendu aisé.

Les réflexes pupillaires restent un peu lents, les réflexes patellaires sont brusques, même petite hésitation de la parole, paralysie cubitale gauche. Mais les hallucinations auditives sont incessantes.

Ce sont des voix lointaines (le téléphone). On lui parle de sa vie passée, on cherche à détourner sa pensée de ce qu'il fait. C'est son beau-frère qui se venge de son refus d'être son associé; ou peut-être les médecins emploient le téléphone pour examiner leur malade; il reste donc calme, cela passera.

La R. W. dans le sang est négative. Malgré la paresse pupillaire (fréquente après les commotions, et l'hésitation de la parole, antérieur aux troubles actuels, on abandonne le diagnostic de P. G.

En Janvier 1948, le niveau intellectuel n'a pas baissé; mais l'humeur est profondément modifiée. Attitude de persécuté unifiant et hostile. Les hallucinations de l'ouïe continuent; il les supporte difficilement, et l'observation mentionne :

« Ici, autour de lui, on dit du mal de sa famille; on traite sa sœur d'une façon infecte. Qui? Il ne le sait, les noms changent tous les jours : c'est Mouton, c'est Albert, le chapeau de la Marguerite (?). Il veut partir, il se porte bien. « De deux choses l'une, dit-il, ou il est bien portant et peut retourner au front, ou il doit être réformé et reprendre son poste aux colonies. Il s'isole, n'adresse plus la parole aux autres pensionnaires. Tenue correcte. »

AVRIL 1948. — Examen d'une commission de réforme. « C'est de la frime, tout le monde est ligué contre lui pour l'empêcher de sortir, et puisque c'est ainsi, il se laissera mourir de faim ».

Il reste en effet 4 jours sans s'alimenter; mais à la suite d'un gavage, il renonce provisoirement à cette réaction.

Aout 1918. — L'aspect du malade est maintenant celui d'un délirant mélancolique : inactivité, mutisme presque complet, interrompu seulement pour affirmer la persistance des hallucinations pénibles. Amaigrissement, alimentation très irrégulière.

20 NOVEMBRE 1918. — Le malade est mort, emporté en 48 heures par la grippe compliquée de broncho-pneumonie.

Depuis le 1^{er} Novembre, il était alité et devait être régulièrement alimenté à la sonde; il était extrêmement amaigri.

L'autopsie n'a malheureusement pas pu être faite.

En résumé, chez un prédisposé (paludéen ayant présenté quelques épisodes délirants très courts), la commotion cérébrale a été suivie, après les 2 phases classiques de sidération et de confusion, de l'évolution d'un délire hallucinatoire de persécution à réactions mélancoliques terminales; mort par maladie intercurrente éclatant sur un organisme épuisé.

Le diagnostic de P. G., considéré d'abord comme probable à cause des symptômes physiques mal interprétés a dû être écarté par la suite.

Observation V.

PRÉDISPOSÉ HÉRÉDITAIRE. COMMOTION CÉRÉBRALE PAR ÉCLATEMENTS PROCHES D'OBUS. CONFUSION MENTALE. DÉLIRE DE PERSÉCUTION AVEC HALLUCINATIONS.

Guillaume R..., 25 ans, célibataire, employé de commerce; entré à l'hôpital de M. B. le 27 Janvier 1916.

De ses antécédents héréditaires, nous savons que sa mère est très émotive et qu'une de ses sœurs est morte à 15 ans de méningite.

R..., est un garçon intelligent, bachelier ès-sciences, de caractère doux et égal avant la guerre, et qui pendant son service militaire, en temps de paix, a été bon soldat.

Pas de maladie grave dans l'enfance.

Mobilisé le 3 Août 1914, dans un régiment d'infanterie ; il fait campagne pendant 14 mois comme brancardier régimentaire et est commotionné en Octobre 1915, par l'éclatement proche d'un obus qui tue près de lui 5 officiers et l'en-sevelit.

Pas de blessure extérieure.

Perte complète de connaissance. Quand il revient à lui, il se plaint de céphalées, a des vomissements et paraît totalement hébété.

Evacué sur une ambulance de Perthes, il est considéré comme atteint d'hystéro-traumatisme ; on note cependant qu'il présente de la confusion mentale.

La confusion mentale persiste à son entrée à M. B. : orientation imparfaite, incertitude sur les dates ; associations d'idées lentes et pénibles, conscience de son état maladif et crainte de ne pas guérir, insomnie avec cauchemar se rapportant aux événements de guerre. Le malade se plaint en outre de faiblesse générale et de crampes dans les membres ; de céphalée frontale continue avec paroxysmes très pénibles.

Cependant, il n'exprime pas tout d'abord d'idées de persécution et est considéré comme un commotionné banal.

Ce n'est que quelques semaines après l'entrée de R... à M. B. (février 1916) que le délire paraît s'organiser. Un jour, il refuse de se laisser couper les cheveux parce que les coiffeurs veulent lui faire du mal. On lui en veut ; on l'a volé ; on lui a fait signer des papiers qui serviront à lui nuire ; il accuse des troubles de la sensibilité générale et des hallucinations auditives :

« Les misérables emploient des forces invisibles qui pèsent sur ses épaules et sur son cou. Il s'entend insulter ; mais, dit-il, il luttera jusqu'au bout contre ces forces ».

Il ne réagit pas à ce délire de persécution, mais son humeur s'assombrit; il est triste, inactif, cherche à s'isoler, et comme on l'interroge un peu plus tard sur les motifs de son attitude : « Je suis, répond-il, traité de tous les noms possibles : voleur, bandit; on me reproche d'être un individu sans honneur ».

La systématisation des idées de persécution est lente; mais la conviction du malade est absolue.

Pas de symptôme d'affaiblissement intellectuel; la confusion mentale a disparu. Comme reliquat direct de la commotion, il n'existe plus, semble-t-il, qu'un peu de lenteur des opérations psychiques. Mais le malade est exactement orienté dans le temps et dans le lieu; il sait où il est, connaît les événements récents et apprécie leur importance (révolution russe, entrée des Etats-Unis en guerre).

En résumé, chez un prédisposé héréditaire, apparition à la suite de la confusion mentale post-commotionnelle, d'un délire de persécution avec hallucinations auditives — faible systématisation — pas d'affaiblissement intellectuel — présomption de chronicité.

Observation VI

COMMOTION AVEC BRULURES MULTIPLES, MAIS BÉNIGNES, DE LA FACE ET DES AVANT-BRAS. CONFUSION MENTALE, PUIS EXCITATION INTELLECTUELLE AVEC DÉLIRE AMBITIEUX ET DE PERSÉCUTION (INVENTIONS ET REVENDICATIONS).

Etienne P..., 30 ans, sculpteur, soldat au 2^e Génie, entre à l'hôpital de M. B. au début de Février 1916.

Nous ne connaissons pas ses antécédents héréditaires et P..., nie toute affection grave dans son passé (ni syphilis,

ni alcool). Il a fait de bonnes études et depuis l'âge de 26 ans, il gagne largement sa vie comme ouvrier d'art. Mais il a été ajourné pour faiblesse de constitution, et présente un certain nombre de stigmates physiques de dégénérescence : front fuyant; acrocéphalie accusée; voûte palatine très ogivale.

Mobilisé en Août 1914 et affecté à une compagnie divisionnaire de génie; il est évacué du front le 6 Juillet 1915, à la suite de l'explosion d'une mine qui a déterminé chez lui une perte complète de connaissance et des brûlures multiples, mais sans gravité de la face et des avant-bras.

Après passage à l'ambulance de triage, en état d'inconscience absolue, il est évacué sur l'hôpital de M..., où jusqu'en Septembre 1915, il présente un état de confusion mentale aiguë (désorientation, agitation motrice) avec hallucinations pénibles et délire de rêve.

Partiellement amélioré, il est envoyé en convalescence en Janvier 1916; mais il ne tarde pas à manifester un tel désordre mental, qu'il est nécessaire de l'hospitaliser avant l'expiration de son congé au Centre des psychoses du G. M. P..., d'où il est dirigé sur le service de M. B.

A son entrée, P..., n'a plus aucun signe de confusion mentale; il est parfaitement orienté et sa mémoire des faits récents est précise; aucun symptôme physique ne permet de soupçonner chez lui l'évolution d'une encéphalopathie organique. Mais il présente l'état d'excitation intellectuelle propre aux déséquilibrés revendicateurs et vaniteux et ses allégations inexacts, à propos desquelles sa conviction est entière, résultent de cet état d'exaltation.

« D'abord, il n'est pas en congé de convalescence; il est réformé, ou du moins il doit l'être; car il en a assez fait. Qu'on définisse exactement sa situation militaire et qu'on lui fasse quitter l'hôpital où il maigrit et où il perd ses forces ».

AVRIL 1916. — Même état d'exaltation qui s'exaspère par

intervalle. Puisqu'on ne veut pas le renvoyer chez lui, qu'on le dirige sur son dépôt; il a droit à la croix de guerre, il la réclamera.

Toute la journée, il se promène en bras de chemise, ne prenant part à aucune des occupations de ses camarades. Le 17 Avril, il tente de s'évader.

Pas d'hallucinations, pas d'idées systématisées de persécution, mais il demeure toujours très irritable.

L'état est ensuite stationnaire, et l'exaltation reste trop marquée pour que le malade puisse être rendu à la liberté.

Il nous a paru intéressant de grouper et d'exposer avec quelques détails ces 4 observations de délire à évolution vraisemblablement chronique, survenu à la suite et à l'occasion d'une commotion, qui présentent entre elles quelques points communs, mais aussi certaines différences.

La plupart des auteurs qui ont étudié les séquelles des commotions, ont inscrit les délires systématisés, ou plus généralement les états délirants chroniques parmi les complications tardives du choc commotionnel.

Mais si l'on s'est volontiers attardé à la description des accès confusionnels prolongés, des crises d'agitation et de dépression des accidents convulsifs ou psychonévrosiques, les états délirants ont été simplement signalés sans qu'on ait cru devoir fournir des exemples probants à l'appui de cette affirmation.

Cela tient sans doute à la raison suivante : à partir du moment où le délire fait son apparition, il évolue d'ordinaire avec une allure clinique telle que rien ne rappelle plus chez le malade le traumatisme spécial

qui a été la cause directe de tous ces troubles mentaux observés après lui.

Malgré l'importance étiologique de la commotion, le commotionné qui commence à délirer plus ou moins longtemps après la phase constante de confusion mentale se comporte, en vertu de sa prédisposition, comme un vésanique banal. Si l'on ne connaissait pas son histoire, on ne serait pas tenté d'établir une relation entre sa psychose et l'accident survenu pendant la guerre.

En d'autres termes, le commotionné disparaît pour céder la place à une psychopathie appartenant à une forme mentale déjà connue et décrite.

Nos 4 observations sont à cet égard caractéristiques : chacun des malades fait un délire différent : 3 ont des hallucinations (obs. III, IV et V), mais réagissent de façon diverse ; l'un par des tendances ambitieuses, le deuxième par le refus des aliments, le troisième subit son délire sans avoir organisé de système de défense (du moins jusqu'au moment où nous avons cessé de l'observer).

Le quatrième malade (obs. VI) est atteint d'une forme de délire très différente de celle des 3 autres : il n'existe pas chez lui de troubles sensoriels ; l'excitation est constante et au fur et à mesure que l'évolution se poursuit, les idées ambitieuses semblent prédominer.

Est-ce à dire qu'en examinant les choses de très près on ne découvrirait pas, dans la plupart des cas, certains reliquats directs de la commotion ? Nous croyons

qu'il ne faut pas aller jusque-là, si, à ce point de vue, l'observation de P... (VI) est à peu près négative, il n'en est pas de même des 3 premières.

Chez B... (III), l'attention volontaire est vite épuisée K... (IV) qui n'est pas syphilitique, conserve de la paresse pupillaire et c'est un des symptômes qui pendant quelque temps concourent à laisser croire qu'il est atteint de P. G. Nous avons noté chez S... (V) de la lenteur persistante des opérations psychiques, malgré qu'il n'existe pas à proprement parler d'affaiblissement intellectuel. Mais ce sont là des nuances; et de plus, l'interprétation que nous donnons des symptômes attribués par nous à la commotion pourrait être discutée.

Les sujets qui souffrent d'hallucinations sont, à cause de cela seulement, distraits et inattentifs; la paresse pupillaire a été observée; nous l'avons rappelé plus haut, — chez les mélancoliques. En un mot, rien dans la symptomatologie de nos délirants n'appelle d'une façon nécessaire la notion étiologique de commotion cérébrale.

Pourtant, la succession des accidents ne permet pas au point de vue pratique de laisser cette étiologie dans l'ombre, si nos 4 malades étaient avant la guerre des prédisposés (et encore la prédisposition doit-elle, chez certains d'entre eux, être recherchée avec soin), aucun d'eux n'était un psychopathe chronique à proprement parler : tous ont été considérés comme aptes à faire campagne et ont été incorporés dans des unités combattantes jusqu'à l'époque de leur commotion, c'est-à-dire pendant un laps de temps variant de 10 à 22 mois.

Il est donc équitable de les assimiler à des blessés de guerre, — et de les admettre au bénéfice de la réforme n° 1.

En demandant cette assimilation, nous plaçons une cause aujourd'hui gagnée; mais, il n'en était pas de même au moment où nous avons arrêté le sujet de notre thèse.

Une évolution s'est faite dans les esprits au cours des deux dernières années de la guerre, et quel qu'ait été son état antérieur, on ne discute plus le droit à l'indemnisation d'un militaire diminué dans sa capacité de travail après avoir réellement subi les fatigues ou les chocs de la campagne.

Le point essentiel, lorsqu'on se trouve en présence de malades tels que ceux des 4 observations rapportées dans ce chapitre, n'est plus, par conséquent, que d'établir la succession des accidents depuis la commotion jusqu'au délire.



CHAPITRE V

COMMOTION ET DÉMENCE PRÉCOCE

Observation VII.

DÉMENCE PRÉCOCE A FORME PARANOÏDE AYANT ÉVOLUÉ A LA SUITE D'UNE COMMOTION CÉRÉBRALE AVEC CHOC ÉMOTIONNEL PROBABLE.

Ludovic S..., 32 ans, soldat au 34^e R. I., entre le 29 Mars 1916 à l'hôpital de M. B. Evadé en Décembre 1915, de l'hôpital de M..., il a dû être réintégré dans le service des psychoses du G. M. P.

Son père était buveur; mais on ne note rien de spécial dans ses antécédents personnels. Il a été mobilisé dès le début et a fait campagne de suite.

Le 23 Septembre 1914, l'explosion proche d'un obus le déplace et le renverse en même temps que son capitaine est tué auprès de lui. Il se souvient d'avoir vu tomber cet officier, ce qui est une présomption qu'un choc émotionnel a pu s'ajouter à la commotion proprement dite.

Cependant, il perd connaissance, et c'est en pleine confusion mentale avec délire hallucinatoire qu'il est évacué sur Limoges.

Transféré au Val-de-Grâce en Février 1915, il est complètement désorienté, répond très lentement aux questions qu'on lui pose.

Il pleure, et montrant les photographies de sa famille; il dit : « Je vais mourir si je ne les vois pas; où suis-je? »

« Pourquoi papa et maman, me laissent-ils ici? S'ils ne viennent pas me chercher, je vais mourir.

« Que va-t-on dire, quand on saura que je suis en prison ».

A d'autres moments, il est en état de délire onirique, et mime une scène de combat; on lui demande ce qui lui est arrivé, il ne peut le dire. Pour indiquer l'adresse de ses parents, il doit la chercher dans son portefeuille.

Nuits mauvaises, alimentation irrégulière. En Mai 1915, il est moins confus, mais présente les troubles de l'humeur et de l'affectivité qui déjà font songer à la démence précoce.

Le plus souvent calme, il a des impulsions subites et non motivées, au cours desquelles il brise les objets et est dangereux pour son entourage. On est parfois obligé de le maintenir.

Un jour, sa mère est venu le visiter; il s'emporte subitement et menace de la frapper.

L'alimentation est toujours défectueuse.

En Août 1915, on essaie de l'envoyer en convalescence, mais il doit être réhospitalisé en Octobre; et en Décembre, il s'évade de l'hôpital de M.

Nous le retrouvons le 29 Mars 1916, à l'hôpital de M. B. Il est habituellement indifférent, inactif; il se plaint d'étourdissements. Parfois, il s'excite brusquement, et au cours de ses crises d'excitation, il présente à la fois de l'agitation motrice et de la fuite des idées avec incohérence et vergibération. Quand il est calme, il accuse des hallucinations de l'ouïe; il entend la voix de sa femme.

Il appartient à 2 familles, dont l'une est allemande et veut lui laisser un héritage de 250 millions : c'est pourquoi on veut le faire disparaître.

Parfois, il refuse de répondre, de se prêter à l'examen physique, profère des menaces et des injures vis-à-vis de ceux qui l'interrogent, mais sans que son état émotionnel

paraisse adéquat à ce qu'il exprime; il est plus négativiste que réticent.

Pas de dysarthrie; pupilles légèrement inégales, mais actives; tremblement léger de la langue et des mains; réflexes patellaires normaux.

L'état demeure ensuite stationnaire.

En résumé, apparition, à la suite d'une commotion, d'un état psychopathique caractérisé par des signes d'affaiblissement intellectuel et de délire polymorphe : démence paranoïde probable.

« La confusion mentale de guerre, c'est-à-dire cette obubilation traumatique avec son cortège d'onirisme ne donne qu'exceptionnellement naissance à la démence précoce, encore que le jeune âge des soldats et leurs conditions de vie soient particulièrement propices au développement de la psychose hébéphrénique. Leroy en a cité quelques exemples. Pour notre part, nous en avons observé trois cas. L'un d'eux est utile à connaître; il concerne un fantassin de 25 ans, commotionné au Bois-le-Prêtre le 15 Mars 1915.

A la suite de la commotion, « nous n'avons pas observé, disent Charon et Halberstadt de cas évoluant vers la démence précoce, comme certains auteurs l'ont signalé ».

Les exemples de démence précoce succédant à la commotion sont donc rares, et notre observation s'ajoute aux cas rares auxquels Leroy et les auteurs de la confusion mentale de guerre ont fait allusion.

CONCLUSIONS

Si, lorsqu'elle atteint des sujets non prédisposés aux affections mentales, la commotion cérébrale est suivie d'accidents presque pathognomoniques, et qui doivent être considérés comme des conséquences directes, elle peut aussi, lorsqu'elle survient chez des prédisposés, être la cause occasionnelle des psychopathies les plus diverses.

Ces psychopathies (paralysie générale, démence précoce, délire de persécution, etc.), ont une symptomatologie et une évolution banale, et l'anamnèse seule permet de les rattacher à l'accident qui les fait naître.

La gravité de la commotion cérébrale pure ne faisant toutefois plus de doute, on ne saurait refuser le bénéfice de la réforme n° 1 aux militaires qui à la suite d'une commotion ont révélé une prédisposition aux troubles vésaniques en versant dans une forme banale d'aliénation mentale.

Vu : le Président,
M. VAQUEZ

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- G. Ballet et Rogues de Fursac.** — Les psychoses commotionnelles. *Paris Médical*, 1916, n° 1.
- Bonhomme.** — Un cas de puérilisme mental post-commotionnel. *Annales médico-psychologiques*, 1917, n° 3.
- Bonhomme et Nordmann.** — Caractères essentiels de la commotion cérébro-spinale. *Annales médico-psychologiques*, 1916, n° 4.
- Charon et Halberstadt.** — Les troubles psychiques des commotionnés. *Paris Médical*, 1917, n° 27.
— Puérilisme mental au cours d'une psychose post-commotionnelle. *Revue neurologique*, 1916, II.
- Charpentier.** — Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles. *Revue neurologique*, 1917, n° 6.
- Capgras, Juquelier, Bonhomme.** — Confusion mentale de guerre. *Société clinique de Médecine mentale*, Juillet 1917.
- G. Dumas.** — La thérapeutique mentale et la guerre. *Revue de Paris*, 15 Août 1917.
- Guillain.** — Réunion médicale de la VI^e Armée. Séance du 17 Mai 1915.
- Henri Hoven.** — Contribution à l'étude des troubles mentaux de guerre. *Archives médicales belges*, Mai 1918.
- Laignel-Lavastine, et A. Ballet.** — Maniérisme puéril post-confusionnel. *Annales médico-psychologiques*, 1917, n° 2.

Lépine. — *Troubles mentaux de guerre*, Paris 1917.

A. Léri. — Les commotion des centres nerveux par éclatement d'obus. (*Revue générale de pathologie de guerre*), n° 2, 1916).

Leroy. — *Revue neurologique*, 1916, n° 45, p. 596.

R. Mallet. — La confusion mentale post-commotionnelle. *Société médico-psychologique*, 27 Août 1919.

Mairet et Piéron. — Le syndrome commotionnel. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, Juin 1915.

Paul Ravaut. — *Etude sur quelques manifestations nerveuses déterminées par le « vent d'explosif »*.

Renaux. — *Etats confusionnels consécutifs aux commotions des batailles*, Thèse de Paris, 1915, n° 28.

Régis. — Les troubles psychiques et neuro-psychiques de la guerre. *Presse médicale*, 27 Mai 1915, n° 23.

Truelle et Mlle Boudierlique. — Etat dépressif consécutif à une émotion de guerre. *Annales médico-psychologiques*, 1917, n° 4.

— *Presse médicale*, Août 1917, n° 47, Compte rendu de la séance du 7 Juillet 1917. *Société de médecine mentale*.

Coulommiers. — Imp. DESSAINT et C^{ie}.
